

|  MinAmbiente Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible | | PROCEDIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO | | |  MADSIG Sistema Integrado de Gestión | |
|---|--|--|--|---|---|---|
| Proceso: Administración del Sistema Integrado de Gestión | | | | | | |
| Versión: 2 | | Vigencia: 14/03/2014 | | | Código: P-E-SIG-01 | |
| 1. OBJETIVO(S) | | Establecer el mecanismo en el Ministerio para la implementación de acciones correctivas y acciones preventivas que conlleven al mejoramiento del desempeño del Sistema Integrado de Gestión. Buscar la mejora continua de los procesos, productos y servicios del MADS, Eliminar las desviaciones, hallazgos (oportunidades de mejora, no conformidades y observaciones) y mitigar los riesgos residuales críticos o altos, identificados y/o valorados en los diferentes mecanismos de evaluación internos y externos establecidos en el ministerio, a través de la formulación, ejecución y verificación de la eficacia, eficiencia y efectividad de los planes y acciones de mejoramiento institucionales, por proceso o compartidos. | | | | |
| 2. ALCANCE | | Este proceso aplica para todos los procesos del Sistema Integrado de Gestión del ministerio. Inicia con la identificación de las diferentes fuentes de información de los procesos del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y termina con la revisión de la eficacia de los planes de mejoramiento elaborados. | | | | |
| 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN | | <p>1. Términos para formular el plan de mejoramiento</p> <p>a. Para hallazgos de las Auditorías Gubernamentales con Enfoque Integral en cualquier modalidad de la Contraloría General de la República: Máximo cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega del informe respectivo.</p> <p>b. Para hallazgos identificados en las auditorías y/o evaluaciones internas: Máximo diez (10) días hábiles siguientes a la entrega del informe respectivo, salvo que la Oficina de Control Interno, determine un plazo temporal diferente</p> <p>c. Para oportunidades de mejora detectadas por autoevaluación: Plazo razonable siguiente a la identificación de la situación detectada.</p> <p>d. Para acciones derivadas de PQRS y PNC: Máximo diez (10) días hábiles siguientes a la entrega del informe respectivo.</p> <p>e. Ajustes a realizar una vez formuladas las observaciones al plan de mejoramiento por parte de la Oficina de Control Interno: las dependencias tendrán (3) días hábiles para realizar los respectivos ajustes.</p> <p>Nota: El incumplimiento en la formulación de los planes de mejoramiento de forma oportuna y con el lleno de los requisitos establecidos en el presente procedimiento, derivados de las auditorías y/o evaluaciones internas podrá dar lugar al traslado de dicha situación a la Oficina de Control Interno Disciplinario. Es necesario tener en cuenta que de no ser recibido en el formato vigente y en el plazo establecido en la política anterior, se entenderá como no entregado.</p> <p>Nota: Los planes de mejoramiento que involucren varios procesos y/o dependencias del MADS, así como aquellos que resuelvan problemas o riesgos globales de la entidad, podrán ser considerados como parte del plan de mejoramiento institucional. Para los hallazgos en los cuales la Oficina de Control Interno determine que son de carácter institucional o cuando deban ser compartidos por dos o más dependencias, el líder deberá coordinar la concertación de las acciones que conforman el plan de mejoramiento y estableciendo las metas individuales en los casos que sea pertinente, de manera que se facilite las mediciones a que haya lugar.</p> <p>2. Criterios para la ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento</p> <p>a. Los Líderes de procesos son responsables de la ejecución y cumplimiento de los planes de mejoramiento tanto institucionales como por proceso o compartidos con otros procesos y del seguimiento periódico del estado de los mismos, como parte de las actividades de autocontrol.</p> <p>b. Cuando se requiera reformular el plazo de una meta, el líder del proceso podrá solicitar prórroga del plazo debidamente justificada, por una (1) sola vez, la cual no podrá ser superior al plazo inicialmente establecido, siempre y cuando haya transcurrido menos del 50% del plazo inicialmente establecido. Dicha prórroga deberá solicitarse con un mes de antelación al seguimiento semestral, de lo contrario las fechas se mantendrán como las planteadas inicialmente y la evaluación se hará de acuerdo a dichas fechas. Así mismo, se podrá solicitar la reprogramación de alguna de las metas con anterioridad a la fecha de iniciación de dicha meta.</p> <p>c. En la medida que se finalicen las metas de los planes de mejoramiento tanto institucionales como de procesos o compartidos, deberán conservarse los respectivos soportes en cada dependencia.</p> <p>3. Criterios para la evaluación periódica y el cierre de los planes de mejoramiento</p> <p>a. La verificación de la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones correctivas y preventivas formuladas en el plan de mejoramiento para los hallazgos críticos y moderados será realizada por los auditores internos. Sobre los hallazgos leves las dependencias realizarán la evaluación y seguimiento correspondiente. Si la Oficina de Control Interno lo solicita, las dependencias presentarán un informe sobre las acciones preventivas y/o correctivas, según corresponda, así como de las correcciones puntuales efectuadas.</p> <p>b. El cierre de las acciones que conforman el plan de mejoramiento se da cuando los auditores internos conceptúan que son efectivas; de lo contrario se solicitará al líder de proceso la reformulación del plan o de la acción respectiva, para lo cual contará con cinco (5) días hábiles. Antes de formular un plan de mejoramiento, debe revisarse si existen otros planes vigentes que trabajen el mismo problema, a fin de evitar la duplicidad de los mismos. En este caso, el responsable del proceso deberá comunicarse con el responsable del plan vigente, para integrarse en la ejecución del mismo.</p> <p>Los planes de mejoramiento de las diferentes dependencias del ministerio, deberán ser validados por el Jefe respectivo, antes de ser enviados a la Oficina de Control Interno y a la oficina de Planeación Grupo MADSIG, control que se entiende cumplido con el envío del plan a la OCI.</p> | | | | |
| 4. NORMAS Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA | | Ley 872 del 30 de diciembre de 2003-NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA. NTCGP 1000:2009-Ley 87 de 1993-Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005-Resolución No. 5872 de 2007 | | | | |
| 5. PROCEDIMIENTO | | | | | | |
| Nº. | ACTIVIDAD | CICLO PHVA | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | PC | REGISTRO |
| 1 | Determina la necesidad de formular plan de mejoramiento: | H | El responsable del proceso con base en las políticas definidas en este proceso determina la necesidad de formular un plan de mejoramiento, ya sean institucional, por proceso o compartidos en función de los resultados de las fuentes de evaluación: autocontrol ó auditorías y/o evaluaciones. Dependiendo del origen, en los casos de auditorías externas, quien realiza la auditoría redacta la No Conformidad en el formato establecido, de modo que el proceso continúe en el mismo formato desarrollando la acción. En los demás casos se realiza en el formato institucional | Líder del proceso | | Formato Plan de mejoramiento F-E-DE-MC-10 |
| 2 | Formula plan de Mejoramiento | H | El equipo MADSIG asiste a las sesiones de reunión de los involucrados y colabora metodológicamente para identificar las posibles causas asociadas a los hallazgos que permitan eliminarlas, principalmente usando la metodología de espina de pescado o de los 5 porqués. Registra en el formato establecido y remite a la Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Control Interno el consolidado del trabajo. Nota: El plan debe incluir divulgaciones y entrenamientos de ser necesarios | El responsable del proceso, el facilitador del sistema integrado de gestión | | |

| | | |
|---|---|---|
|  MinAmbiente Ministerio de Ambiente Desarrollo Sostenible | PROCEDIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO |  MADSIG Sistema Integrado de Gestión |
| | Proceso: Administración del Sistema Integrado de Gestión | |
| Versión: 2 | Vigencia: 14/03/2014 | Código: P-E-SIG-01 |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|---|
| 3 | Recibe y revisa el plan de mejoramiento | V | <p>Revisa el plan de mejoramiento ya sea institucional y/o por proceso o compartidos para establecer si se ha elaborado adecuadamente y verifica la conveniencia y adecuación de las acciones formuladas. (Identifica si las acciones atacan la causa de los hallazgos)</p> <p>Si existen observaciones, remite el plan de mejoramiento institucional y/o por procesos o compartido a la dependencia líder para corrección, aportando las sugerencias, de lo contrario continua al siguiente paso.</p> <p>Nota: El plan de mejoramiento de la Contraloría General de la Republica se realiza a través de SIRECI</p> | Oficina de Control Interno | X | Correo de recepción del plan de mejoramiento |
| 4 | Reportar el plan de mejoramiento | H | Reportar los planes de mejoramiento institucionales y/o por procesos o compartidos, incluyendo los generados por todos los mecanismos de evaluación y envía a la Oficina Asesora de Planeación para publicación en la intranet. | Oficina de Control Interno | | Correo de envío del archivo para publicar |
| 5 | Ejecutan compromisos establecidos en el plan de mejoramiento y reportan. | H | Ejecutan los compromisos del plan de mejoramiento institucional y/o por procesos o compartidos conforme a los tiempos establecidos, generando los soportes respectivos de cumplimiento y eficacia del plan y reportan mensualmente el nivel de avance a la Oficina de control interno con copia a la Oficina asesora de Planeación o dependiendo de la periodicidad de las acciones de mejora. | Líderes de los procesos | | Correo de envío a Control interno con el archivo adjunto del reporte de avance |
| 6 | Realiza visitas de seguimiento a las dependencias. | V | Verifica mensualmente las evidencias correspondientes y conceptúa sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones y determina si se cierra o no los hallazgos del plan de mejoramiento. Registra en el formato establecido de plan de mejoramiento y envía copia a la oficina de control interno y al grupo MADSIG.(Esto para el caso de auditorías internas para el caso de auditorías de la Contraloría se realiza el seguimiento a través del SIRECI según la periodicidad establecida dentro del plan) | Audidores Internos que auditaron el proceso- Audidores de Control Interno para el caso de CGR | X | Seguimiento al plan de mejoramiento Formato Plan de mejoramiento F-E-DE-MC-10 |
| 7 | ¿Fueron efectivos los planes de mejoramiento revisados? | V | De existir acciones dentro del plan de mejoramiento institucionales y/o por procesos o compartidos que no hayan sido efectivas frente al hallazgo o riesgo residual, se regresa a la actividad 2 de lo contrario continua con la siguiente actividad | Dependencias y/o procesos | | |
| 8 | Elabora informe consolidado. | H | Elabora trimestralmente un informe de la revisión realizada por los auditores identificando planes formulados, planes cerrados incluyendo acciones, el cual será presentado al Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y/o al Equipo Directivo en el marco de la Evaluación del Desempeño del Sistema Integrado de Gestión. (Conectese con el procedimiento Revisión por la dirección) | Oficina de Planeación | | |
| 9 | Identifique acciones de mejora al procedimiento | H | Identifique posibles mejoras al procedimiento y ejecutelas dejando de los registros del caso. | Oficina de Control Interno- Oficina asesora de Planeación | | |

6. TERMINOS Y DEFINICIONES

Planes de mejoramiento institucionales: son mecanismos de control que permiten el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de la Entidad e integran las acciones correctivas y/o preventivas de mejoramiento que a nivel de sus procesos deben operar para fortalecer el desempeño institucional.

Planes de mejoramiento compartidos: son mecanismos de control que contienen acciones correctivas y/o preventivas de mejoramiento que a nivel de los procesos y dependencias responsables deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garanticen el cumplimiento de los objetivos de la entidad en su conjunto.

Planes de mejoramiento por proceso: son elementos de control que contienen acciones correctivas y/o preventivas de mejoramiento que a nivel del proceso deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garanticen el cumplimiento de los objetivos de la entidad en su conjunto.

Riesgo: Posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

Corrección: Acción tomada para subsanar una situación específica detectada descrita en un hallazgo (oportunidad de mejora, no conformidad u observación).

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

Oportunidad de Mejora: Denominación utilizada para los hallazgos identificados dentro de la auditoría de control interno.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito. Denominación utilizada para los hallazgos relacionados con incumplimiento de algún requisito de las normas de calidad y ambiental, para las auditorías internas de calidad y en evaluaciones realizadas por la OCI.

Observación: Están relacionadas con un incumplimiento potencial de algún requisito o criterio de auditoría

Autocontrol: Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función.

Criterio de auditoría: Conjunto de políticas, metodología, procedimientos o requisitos utilizados como referencia, para la ejecución de la auditoría.

Hallazgo: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

| VERSION | FECHA | RELACION DE LAS SECCIONES O PAGINAS MODIFICADAS | NATURALEZA DEL CAMBIO |
|----------------------------------|------------|---|---|
| 1 | 27/05/2013 | No aplica por ser versión inicial | No aplica |
| 2 | 14/03/2014 | Actualización Version, Cambio de Código, Eliminación Macroproceso | |
| ELABORO | | REVISO | |
| Nombre: Jesus Alberto Zambrano T | | Nombre: Yolman Julian Sáenz S | Nombre: Heidi Alonso Triana |
| Cargo: Tec Administrativo OAP | | Cargo: Profesional Especializado OAP | Cargo: Jefe Oficina Asesora de Planeación |
| Firma: | | Firma: | Firma: |

Código: F-E-DE-MC-02 - Versión: 1 - Vigencia: 20/12/2012